

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN NHIỄM CÚM A/H3 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI NĂM 2019-2020

Nguyễn Phương Anh¹, Trần Đăng Khoa², Nguyễn Thị Cẩm Hương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Siêu vi cúm gây viêm đường hô hấp cấp có khả năng lây cao tạo thành dịch và đại dịch. Gánh nặng bệnh tật và tử vong hằng năm của bệnh cúm cao. Đặc điểm bệnh nhân nhiễm phân týp cúm A/H3 chưa được mô tả đầy đủ.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết cục điều trị của bệnh nhân người lớn nhiễm siêu vi cúm A/H3 điều trị nội trú.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh ≥ 16 tuổi nhập viện Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, được chẩn đoán cúm A/H3 có kết quả RT-PCR phết mũi họng dương tính.

Kết quả nghiên cứu: Có 56 ca được đưa vào nghiên cứu với đa phần là người ≥ 65 tuổi (73,2%) và có bệnh nền (69,6%). Các triệu chứng thường gặp là ho, sốt và khó thở. 83,9% bệnh nhân có biểu hiện viêm phổi với X quang ngực có tổn thương mô kẽ lan tỏa hai bên phổi chiếm đa số. 73,2% bệnh nhân bị suy hô hấp, 14/56 bệnh nhân tiến triển thành ARDS. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị oseltamivir và 91,1% được dùng kháng sinh. Tỷ lệ tử vong là 5,4%.

Kết luận: Cúm A/H3 có thể gây bệnh viêm đường hô hấp cấp với biểu hiện suy hô hấp cao, đặc biệt ở người lớn tuổi và có bệnh nền.

Từ khóa: cúm, phân týp A/H3, lâm sàng, tỷ lệ tử vong

ABSTRACT

CLINICAL, LABORATORY, AND TREATMENT CHARACTERISTICS OF ADULT INPATIENTS
INFECTED WITH INFLUENZA A/H3 VIRUS AT HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES IN 2019 – 2020

Nguyen Phuong Anh, Tran Dang Khoa, Nguyen Thi Cam Huong

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 27 - No. 1 - 2024: 118 - 123

Background: Influenza virus causes acute respiratory infection with high transmissibility, which can result in epidemics and pandemics. The annual morbidity and mortality burden of influenza remains high. The clinical features of patients infected with influenza A subtype H3 virus have not been well described.

Objectives: To describe the clinical and laboratory features, treatment, and outcome of adult inpatients infected with influenza A/H3 virus.

Methods: A case series report study including all patients ≥ 16 years old admitted to the Hospital for Tropical Diseases with a diagnosis of influenza A/H3 based on a positive RT-PCR result of nasopharyngeal swabs.

Results: The study included 56 cases, most of whom were $>$ over 65 years old (73.2%) and had underlying conditions (69.6%). Common symptoms were cough, fever, and dyspnea. 83.9% of patients had pneumonia, with chest X-rays showing diffuse interstitial infiltration on both sides of the lungs. 73.2% of patients had respiratory

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

²Bộ môn Nhiễm, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Nguyễn Thị Cẩm Hương ĐT: 0983773915 Email: dr_camhuong@ump.edu.vn

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 27(1):118-123. DOI: [10.32895/hcjm.m.2024.01.17](https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.01.17)

failure, and 14/56 patients progressed to ARDS. All patients were treated with oseltamivir, and 91.1% were treated with antibiotics. The mortality rate was 5.4%.

Conclusion: Influenza A/H3 virus can cause acute respiratory infection with respiratory failure at a relatively high rate, especially in the elderly with underlying medical conditions.

Keywords: influenza, subtype A/H3, clinical, mortality

ĐẶT VẤN ĐỀ

Siêu vi cúm gây viêm đường hô hấp cấp có khả năng lây truyền cao và nguy cơ tạo thành dịch và đại dịch. Theo một nghiên cứu của Iuliano năm 2018, mỗi năm trên thế giới có khoảng 291.243–645.832 người tử vong liên quan đến cúm⁽¹⁾. Dịch cúm gần nhất là vào năm 2009 do cúm A/H1N1 gây ra với tử vong ước tính đến 201.200 ca liên quan đến hô hấp và 83.300 ca liên quan đến tim mạch trên toàn thế giới⁽²⁾. Kể từ năm 2009 đến nay, các týp/phân týp của siêu vi cúm thay nhau chiếm ưu thế lưu hành qua các năm là cúm A/H1, A/H3 và cúm B⁽³⁾. Theo số liệu của WHO và điểm giám sát cúm tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới năm 2020, chủng siêu vi cúm gây bệnh tại Việt Nam có thay đổi. Phân týp gây bệnh ưu thế là cúm A/H1 vào năm 2019 và cúm A/H3 là tác nhân nổi bật từ cuối năm 2020. Hiện tại ở nước ta vẫn chưa có nhiều nghiên cứu mô tả đặc điểm biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị bệnh do cúm A/H3 gây ra. Những đặc điểm này khác biệt như thế nào so với các bệnh nhân nhiễm cúm A/H3 đã được mô tả qua các nghiên cứu về cúm A/H3 trước đây?

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết cục điều trị của các bệnh nhân người lớn nhiễm siêu vi cúm A/H3 điều trị tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới (BV BNĐ) năm 2019 - 2020.

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân người lớn được chẩn đoán nhiễm cúm A/H3 và điều trị tại BV BNĐ từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020.

Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân ≥ 16 tuổi nhập BV BNĐ, được chẩn đoán nhiễm cúm A/H3 dựa trên kết quả

Reverse transcriptase – PCR (RT-PCR) dịch phết mũi họng dương tính với siêu vi cúm A/H3.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Định nghĩa biến số và kỹ thuật đo lường biến số

Viêm phổi: có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới (sốt cao, ho đàm, tăng công hô hấp) kèm tổn thương mới trên phim Xquang ngực.

Suy hô hấp: tăng nhịp thở >20 lần/phút, co kéo cơ hô hấp phụ kèm giảm $SpO_2 <90\%$ với khí trời.

Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp tính (ARDS) thỏa các tiêu chuẩn sau:

(1) Trong vòng một tuần từ khi triệu chứng hô hấp mới hoặc triệu chứng hô hấp xấu hơn;

(2) Thâm nhiễm lan toả 2 bên không do tràn dịch hoặc xẹp phổi hoặc u phổi;

(3) Thâm nhiễm lan toả 2 bên không do phù phổi cấp do tim hoặc quá tải dịch;

(4) Giảm oxy máu theo mức độ nhẹ (PaO_2/FiO_2 : 200 - 300 mmHg hoặc $SpO_2/FiO_2 <315$), mức độ trung bình (PaO_2/FiO_2 : 100 - 200 mmHg), mức độ nặng ($PaO_2/FiO_2 <100$ mmHg)⁽⁴⁾.

Xét nghiệm cúm A/H3 trong dịch phết mũi họng bằng kỹ thuật RT-PCR tại khoa Xét nghiệm BV BNĐ. Mẫu phết mũi họng được tách chiết và tinh sạch nucleic acid của siêu vi cúm với QIAamp viral RNA Mini Kit (QIAGEN), chạy bằng máy LightCycler 480, cài đặt 45 chu kỳ nhiệt.

Phân tích số liệu

Phân tích số liệu bằng SPSS 22.0.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, số 4180/QĐ-BVBNĐ.

KẾT QUẢ

Trong hai năm 2019 và 2020, 151 bệnh nhân nhiễm siêu vi cúm A nhập viện điều trị nội trú tại BV BNĐ, trong đó có 56 bệnh nhân nhiễm siêu vi cúm A/H3, chiếm tỷ lệ 37,1%. Năm 2019 có 7 trường hợp nhiễm cúm A/H3 trên tổng số 93 ca nhiễm cúm A (7,5%), năm 2020 có 49 trường hợp nhiễm cúm A/H3 trên tổng số 58 ca cúm A (84,5%).

Đặc điểm dân số của bệnh nhân nhiễm cúm A/H3

Bảng 5. Đặc điểm dân số của bệnh nhân nhiễm cúm A/H3 (n = 56)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	<65 tuổi	15	26,8
	65 – 74 tuổi	21	37,5
	≥75 tuổi	20	35,7
Giới tính	Nam	25	44,6
	Nữ	31	55,4
Bệnh nền	Có ít nhất 1 bệnh nền	39	69,6
	Tăng huyết áp	24	42,9
	Bệnh tim mạn tính (Bệnh mạch vành, suy tim, rối loạn nhịp ...)	5	8,9
	Đái tháo đường	13	23,2
	Viêm gan mạn	2	3,6
	Bệnh phổi mạn (COPD, hen)	6	10,7
	Bệnh thận mạn	7	12,5
	Phụ nữ mang thai	1	1,8
	Béo phì	13	23,2
	Hội chứng Cushing	3	5,4
Thói quen	Hút thuốc lá	8	14,3

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 68,2 ± 16,8 tuổi, trong đó có 20 trường hợp (35,7%) lớn hơn 75 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam (55,4% so với 44,6%). 39% bệnh nhân có ít nhất một bệnh nền, nhiều nhất là tăng huyết áp (42,9%), đái tháo đường (23,2%), béo phì (23,2%) (Bảng 1).

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng của bệnh nhân nhiễm cúm A/H3

Các triệu chứng thường gặp của bệnh nhân nhiễm cúm A/H3 là biểu hiện nhiễm trùng hô hấp với sốt (91,1%), ho (92,9%) và khó thở (68,9%). 75% bệnh nhân nghe được ran khi khám phổi. Các triệu chứng chảy nước mũi (8,9%), tiêu

chảy (14,3%), đau đầu (17,9%), đau cơ (17,9%) được mô tả khá ít (Bảng 2).

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhiễm cúm A/H3 (n = 56)

Triệu chứng		n	%
Nhiễm trùng	Sốt	51	91,1
Hô hấp	Ho	52	92,9
	Khó thở	33	58,9
	Đau họng	6	10,7
	Chảy nước mũi	5	8,9
	Ran phổi	42	75,0
Tiêu hóa	Tiêu chảy	8	14,3
	Nôn ói	11	19,6
Đau	Đau đầu	10	17,9
	Đau cơ	10	17,9

Bảng 7. Đặc điểm cận lâm sàng huyết học, sinh hóa của bệnh nhân nhiễm cúm A/H3

Đặc điểm	n	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Bạch cầu (K/ μ L)	54	7,7 (4,7 - 10,2)	0,8	23,0
Bạch cầu đa nhân (K/ μ L)	54	5,8 (3,4 - 8,4)	0,6	22,2
Bạch cầu lympho (K/ μ L)	54	1,1 (0,6 - 1,4)	0,2	4,9
Hemoglobin (g/dL)	54	13,1 (11,8 - 14,1)	8,2	15,6
Tiểu cầu (K/ μ L)	54	172 (128 - 219,5)	2	489,0
Creatinine máu (μ mol/L)	54	78,5 (62,2 - 98,5)	29,0	241,0
AST/SGOT (U/L)	52	33,5 (24,3 - 51)	15,0	131
ALT/SGPT (U/L)	52	26 (18,3 - 40,8)	8,0	66
Troponin I (ng/mL)	24	12,5 (7,5 - 27,3)	1,6	164,0
Lactate động mạch (mmol/L)	30	2,1 (1,4 - 3,6)	0,44	10,8

Số trung vị của bạch cầu máu ở bệnh nhân cúm A/H3 là 7,7 K/ μ L, trong đó có 8 ca có bạch cầu <4 K/ μ L. Có 20/54 bệnh nhân có tiểu cầu máu <150 K/ μ L, chiếm 37,7% bệnh nhân. Số trung vị của AST và ALT lần lượt là 33,5 và 26 U/L. 53,3% bệnh nhân có lactate động mạch >2 mmol/L (16/30 ca) (Bảng 3).

Có 48 bệnh nhân có tổn thương trên phim Xquang ngực, trong đó tổn thương mô kẽ đơn thuần chiếm 44,6%, phế nang chiếm 8,9% và tổn

thương cả phế nang và mô kẽ chiếm 32,1%. 21 bệnh nhân tổn thương một bên phổi (37,5%) và 27 trường hợp tổn thương cả hai phổi (48,2%) (Bảng 4).

Bảng 8. Đặc điểm tổn thương phổi và biến chứng của bệnh nhân nhiễm cúm A/H3 (n = 56)

Đặc điểm tổn thương phổi		n	%
Thâm nhiễm	Mô kẽ	25	44,6
	Phế nang	5	8,9
	Mô kẽ và phế nang	18	32,1
Vị trí tổn thương	1 bên phổi	21	37,5
	2 bên phổi	27	48,2
Biến chứng			
Viêm phổi nguyên phát		47	83,9
Viêm phổi thứ phát		3	5,4
Suy hô hấp		41	73,2
ARDS	Nhẹ	6	10,7
	Trung bình	5	8,9
	Nặng	3	5,4
Tổn thương thận cấp		10	23,2
Sốc nhiễm trùng		6	10,7

Về đặc điểm biến chứng, có 83,9% trường hợp (47/56) có biến chứng viêm phổi nguyên phát. 40/56 ca tiến triển thành suy hô hấp. 14 bệnh nhân có ARDS ở nhiều mức độ, trong đó 3 ca có ARDS nặng, chiếm 5,4% tổng số mẫu nghiên cứu. Tổn thương thận cấp và sốc nhiễm trùng chiếm lần lượt 23,2% và 10,7% (Bảng 4).

Bảng 9. Đặc điểm điều trị và kết cục lâm sàng của bệnh nhân nhiễm cúm A/H3

Đặc điểm điều trị (n = 56)	Kết quả
Oseltamivir	56 (100%)
Kháng sinh	51 (91%)
Cephalosporin thế hệ III	18 (32,1%)
Azithromycin	18 (32,1%)
Levofloxacin	10 (17,9%)
Piperacillin/tazobactam	28 (50,0%)
Carbapenem	12 (21,4%)
Colistin	2 (3,6%)
Vancomycin	4 (7,1%)
Linezolid	1 (1,8%)
Caspofungin	1 (1,8%)
Hỗ trợ hô hấp	41 (73,2%)
Oxy cannula	38 (67,9%)
Oxy mask	9 (16,1%)
Thở máy không xâm lấn (NIV)	2 (3,6%)
Thở oxy lưu lượng cao (HFNC)	2 (3,6%)
Thở máy	6 (10,7%)

Đặc điểm điều trị (n = 56)	Kết quả
Lọc máu liên tục	1 (1,8%)
Kết cục điều trị	
Khỏe xuất viện	46 (82,1%)
Chuyển viện	7 (12,5%)
Bệnh nặng xin về và tử vong	3 (5,4%)
Thời gian nằm viện (ngày)	9,8 ± 5,4
Thời gian điều trị tại khoa hồi sức tích cực (n = 9) (ngày)	9,4 ± 9,6

100% bệnh nhân được điều trị oseltamivir. Có 51/56 trường hợp được sử dụng kháng sinh kèm theo, trong đó piperacillin/tazobactam được sử dụng nhiều nhất (50%), tiếp đến là cephalosporin thế hệ III (32,1%) và azithromycin (32,1%). 73,2% bệnh nhân phải hỗ trợ oxy với oxy qua cannula chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 6 ca phải thở máy và 1 ca được lọc máu liên tục (Bảng 5).

Về kết cục điều trị, có 9 ca phải nhập khoa hồi sức tích cực điều trị trong bệnh cảnh suy hô hấp tiến triển (8 ca) và sốc nhiễm trùng (1 ca), với thời gian trung bình là 9,4 ± 9,6 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của 56 bệnh nhân là 9,8 ± 5,4 ngày. Có 3 bệnh nhân bệnh nặng tử vong và xin về (chiếm 5,4%) (Bảng 5).

BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện hồi cứu hồ sơ các trường hợp nhiễm cúm A năm 2019 và 2020 tại BV BND ghi nhận 56 trường hợp nhiễm cúm A/H3, chiếm tỷ lệ 37,1%. Nghiên cứu ghi nhận rõ có sự chuyển đổi về dòng cúm gây bệnh ưu thế từ cúm A/H1 năm 2019 sang cúm A/H3 năm 2020. Điều này phù hợp với ghi nhận của những nghiên cứu cúm khác khi từ sau năm 2009, các týp/phân týp cúm A/H1N1, cúm A/H3N2 và cúm B thay nhau chiếm ưu thế lưu hành qua các năm⁽³⁾.

Về đặc điểm dân số, đa số bệnh nhân lớn hơn 65 tuổi (73,2%), với 69,6% có ít nhất một bệnh nền. Đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao xuất hiện biến chứng khi nhiễm cúm nên cần được nhập viện theo dõi sát⁽⁶⁾. Tỷ lệ bệnh nhân nữ hơi cao hơn nam (55,4%), trong đó có một phụ nữ mang thai. Các bệnh nền tăng nguy cơ gây cúm biến chứng như đái tháo đường

(23,2%), béo phì (23,2%), bệnh phổi mạn (bao gồm COPD và hen, chiếm 10,7%), bệnh thận mạn (12,5%), bệnh tim mạn tính (bệnh mạch vành, suy tim, rối loạn nhịp, chiếm 8,9%). Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nền cao ở trên bệnh nhân cúm A/H3 phải nhập viện điều trị, từ 42,4% đến 88,2%^(3,6). Qua đó chúng tôi bệnh nền là một yếu tố làm nặng hơn bệnh cảnh của cúm A/H3.

Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng giống cúm điển hình trong đó cao nhất là ho (92,9%) và sốt (91,1%), tiếp theo là các triệu chứng đường tiêu hóa như tiêu chảy (14,3%), nôn ói (19,6%) (Bảng 2). Các triệu chứng viêm đường hô hấp trên có tỷ lệ thấp như đau họng (10,7%) và chảy nước mũi (8,9%) có thể do đây là các triệu chứng nhẹ, thường không được chú ý trong quá trình hỏi bệnh và ghi nhận vào hồ sơ bệnh án. Triệu chứng gợi ý viêm phổi có tỷ lệ cao như khó thở (58,9%), ran phổi (75%) cho thấy bệnh nhiễm cúm A/H3 có thể gây biến chứng nhiều ở phổi trên dân số nghiên cứu, là các bệnh nhân lớn tuổi và có bệnh nền. Các triệu chứng toàn thân khác cũng xuất hiện với tỷ lệ thấp như đau cơ và đau đầu (đều chiếm 17,9%).

Đa số các chỉ số xét nghiệm về huyết học và sinh hóa (Bảng 3) đều nằm trong giới hạn bình thường, phù hợp với bệnh cảnh nhiễm siêu vi thông thường. Hầu hết các bệnh nhân đều có tổn thương trên phim X-quang ngực (48/56), trong đó mô kẽ chiếm tỷ lệ nhiều nhất (44,6%), tiếp đến là tổn thương mô kẽ và phế nang (32,1%) và cuối cùng là tổn thương phế nang đơn thuần (8,9%). Có 27/56 bệnh nhân tổn thương cả hai bên phổi, nhiều hơn số trường hợp tổn thương một bên phổi với 21/56 ca. Đặc điểm tổn thương phổi của bệnh nhân cúm A/H3 đa phần là tổn thương mô kẽ lan tỏa hai bên phù hợp với mô tả của những nghiên cứu về cúm trước đây⁽⁷⁾.

Viêm phổi nguyên phát là biến chứng thường gặp nhất của bệnh nhân cúm A/H3 với tỷ lệ 83,9%. Tỷ lệ này khá cao hơn so với nghiên cứu của Minney-Smith CA (36,2%)⁽³⁾, có thể do dân số của nghiên cứu có tuổi lớn hơn 65 nhiều

hơn nghiên cứu của Minney-Smith CA. Có 14/56 trường hợp viêm phổi tiến triển thành ARDS, trong đó 3 ca bị ARDS mức độ nặng (5,4%). Tỷ lệ tổn thương thận cấp và sốc nhiễm trùng trên bệnh nhân cúm A/H3 lần lượt là 23,2% và 10,7%.

100% bệnh nhân được điều trị với oseltamivir đúng theo phác đồ của Bộ Y tế⁽⁵⁾. Tỷ lệ dùng kháng sinh điều trị kèm theo là 91,1% với chỉ định nghi ngờ bệnh cúm bội nhiễm, trong đó kháng sinh piperacillin/tazobactam được sử dụng nhiều nhất (50%), tiếp theo là cephalosporin thế hệ III và azithromycin (cùng chiếm 18%). Các kháng sinh carbapenem, colistin, vancomycin được sử dụng với tỷ lệ thấp hơn (lần lượt với tỷ lệ 21,4%, 3,6% và 7,1%) cho các trường hợp không đáp ứng điều trị ban đầu hoặc phải hỗ trợ hô hấp xâm lấn. Việc sử dụng kháng sinh kèm theo cho bệnh nhân cúm A/H3 phù hợp với hướng dẫn của Hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA) về điều trị viêm phổi cộng đồng, trong đó khuyến cáo nên điều trị kháng sinh điều trị viêm phổi vi khuẩn cộng đồng kể cả khi có kết quả PCR cúm dương tính ở bệnh nhân có tổn thương phổi do khả năng bội nhiễm là không loại trừ được⁽⁸⁾.

Tỷ lệ suy hô hấp cần hỗ trợ oxy của bệnh nhân cúm A/H3 khá cao, chiếm 73,2% số ca. Oxy qua cannula chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,9%, tiếp đến là oxy mask với 16,1%. Có 6/56 (10,7%) phải đặt nội khí quản thở máy. Một trường hợp phải lọc máu liên tục do toan chuyển hóa nặng. 9 bệnh nhân phải nhập khoa hồi sức tích cực với thời gian trung bình là $9,4 \pm 9,6$ ngày. Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân cúm A/H3 là $9,8 \pm 5,4$. Về kết cục điều trị, 46 bệnh nhân xuất viện khỏe mạnh, 7 bệnh nhân chuyển viện với các nguyên nhân như lao phổi, bệnh huyết học, xuất huyết tiêu hóa và lệ thuộc máy thở. Có 2 ca tử vong do sốc nhiễm trùng và 1 ca do ARDS nặng, chiếm 5,4%. Tỷ lệ này cao hơn ở các nghiên cứu về cúm A/H3 nhập viện nội trú được thực hiện vào năm 2012 đến 2015 ở Úc (2,8%) và năm 2010 đến 2011 ở Mỹ (3,9%)^(3,6).

Nghiên cứu mô tả những trường hợp

nhiễm cúm A/H3 chẩn đoán xác định bằng RT-PCR, nghiên cứu không ghi nhận những đặc điểm của các trường hợp nhiễm cúm A/H1, và nhiễm trùng hô hấp do các tác nhân khác gây viêm phổi như vi khuẩn. Do đó nghiên cứu có những hạn chế khi chưa mô tả và so sánh đầy đủ đặc điểm khác biệt của bệnh nhân nhiễm cúm A chung và nhiễm các phụ típ cúm khác nhau. Số lượng bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu thấp, do đó nghiên cứu chưa xác định được các yếu tố tiên lượng, cảnh báo nguy cơ viêm phổi nặng, nguy cơ tử vong ở bệnh nhân nhiễm cúm A. Cần có nghiên cứu khác với số lượng mẫu lớn hơn về các trường hợp nhiễm cúm A với các phụ típ khác nhau để mô tả rõ khác biệt bệnh cảnh do các phụ típ cúm A khác nhau và từ đó xác định được các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng, nguy cơ nhập khoa hồi sức tích cực và tử vong ở bệnh nhân người lớn nhiễm cúm A nhập viện.

KẾT LUẬN

Các bệnh nhân nhiễm cúm A/H3 trong nghiên cứu này thuộc nhóm người lớn tuổi và có bệnh nền, hơn 70% có biểu hiện viêm phổi và suy hô hấp với tỷ lệ tử vong là 5,4%. Bệnh nhiễm cúm A/H3 là một bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính nguy hiểm, đặc biệt là trên các đối tượng người lớn tuổi và có bệnh nền. Việc dự phòng cúm A/H3 là cần thiết ở những đối tượng nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, et al (2018). Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality study. *Lancet*, 391(10127):1285-1300.
2. Dawood FS, Iuliano AD, Reed C, Meltzer MI, et al (2012). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modeling study. *Lancet Infect Dis*, 12(9):687-695.
3. Minney-Smith CA, Selvey LA, Levy A, Smith DW (2019). Post-pandemic influenza A/H1N1pdm09 is associated with more severe outcomes than A/H3N2 and other respiratory viruses in adult hospitalizations. *Epidemiol Infect*, 147:310.
4. Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, Ferguson ND, et al (2012). Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA*, 307(23):2526-2533.
5. Bộ Y tế (2011). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cúm mùa, Quyết định số 2078/QĐ-BYT ngày 23 tháng 06 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
6. Chaves SS, Aragon D, Bennett N, Cooper T, et al (2013). Patients hospitalized with laboratory-confirmed influenza during the 2010-2011 influenza season: exploring disease severity by virus type and subtype. *J Infect Dis*, 208(8):1305-1314.
7. Nicolini A, Ferrera L, Rao F, Senarega R, et al (2012). Chest radiological findings of influenza A H1N1 pneumonia. *Rev Port Pneumol*, 18(3):120-127.
8. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, et al (2019). Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*, 200(7):45-67.

Ngày nhận bài:

07/04/2024

Ngày chấp nhận đăng bài:

23/05/2024

Ngày đăng bài:

27/05/2024